TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur G. RENON

INTERNE MÉDAILLE D'OR DES HOPITAUX
DE PARIS

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

TITRES

Externe des hopitaux de Bordeaux, 1894

Aide d'anatomie p^le a la faculté de Bordeaux, 1896

Externe des hopitaux de Paris, 1898

Interne des hopitaux de Paris (Prix Burlaud) 1899

Aide d'anatomie a la faculté de médecine, 1900

Interne-lauréat, médaille d'or, 1903

Docteur en médecine, Paris 1903

ENSEIGNEMENT

Leçons de pavillon sur l'anatomie et la médecine operatoire pendant 3, années d'adjuvat

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Epiplocèle étranglée par l'appendice enroulé dans l'intérieur de la cavité abdominale. (Avec Wiart.) *Bull. Soc. Anat. 1901.*

C'est la communication d'un cas curieux d'étranglement par l'appendice; la pièce est conservée au musée Dupuytren.

Hernie inguinale gauche étranglée, Kélotomie, fibrosarcome du meso-colon sigmoïde hernié; anus contre nature, mort, autopsie.

Observation rare qui a servi de sujet de thèse à Gros-Devaud *Th. Paris 1902.*

De quelques kystes du sein. (*Etude anatomique, clinique et thérapeutique*) *Thèse de Paris 1903, in-8 168 p. av. 6 fig.*

L'idée de ce travail m'a été fournie par mon maître M. Quénu. Avec les pièces recueillies dans son service ou dans son laboratoire j'ai pu faire des recherches intéressantes sur l'anatomie *fine* des kystes du sein.

INTRODUCTION

Celle-ci a pour but de limiter le sujet. Après avoir rappelé les différentes théories émises, soit à propos des kystes simples, soit à propos de la maladie kystique, je fais abstraction de tous les cas dans lesquels on a nettement affaire à un néoplasme et où le kyste est un phénomène accessoire, pour n'étudier que les cas

dans lesquels la production kystique est tellement prédominante qu'elle imprime à l'affection une allure clinique tout à fait particulière. J'élimine de même les galactocèles n'ayant pas eu l'occasion d'en observer de cas.

PREMIÈRE PARTIE

ETUDE ANATOMIQUE

J'ai divisé pour l'étude critique des cas publiés les kystes du sein en kystes dits simples ou essentiels, kystes avec léeions de mastite chronique, kystes avec lésions adénomateuses, pour faire suivre cet exposé critique de mes recherches personnelles.

Des kystes dits simples ou essentiels. — De la critique des observations rapportées et des quelques faits que j'ai pu contrôler, je conclus que le kyste de la mamelle n'existe pas en tant que kyste essentiel, qu'il est toujours le résultat d'un processus glandulaire. C'est le produit d'une altération pathologique de la glande, altération qui se montre caractérisée par dee phénomènes de sclérose conjonctive avec dilatation des acinis, consécutive à une prolifération de leur épithélium.

Des kystes avec lésions de mastite chronique. — C'est l'opinion qui a rallié le plus d'auteurs : König, Sasse, Delbet, Quénu. Les lésions d'une mamelle kystique ont subi maintes appréciations différentes; et je passe successivement en revue, sans souci de l'ordre chronologique, les observations où on attachait le plus d'importance aux lésions conjonctives, aux lésions conjonctivo-épithéliales, et enfin aux lésions épithéliales seules. Malgré la prédominance plus ou moins grande des lésions sur telle ou telle partie de la glande ; qu'il s'agisse de la mastitis chronica cystica de König, de la mammite chronique de Pierre Delbet ou de la cirrhose épithéliale kystique de Quénu, toutes se rattachent les unes aux autres par l'inflammation; qu'il s'agisse d'une inflammation banale ou d'une inflammation de nature un peu spéciale, tout ces auteurs l'admettent comme le *primum movens* de la perturbation épithéliale qui retentit secondairement sur le tissu conjonctif.

Des kystes avec lésions adénomateuses. — Ce sont les observations de Shimmelbusch, Sasse, Maly, Pedotti, Roloff et Tietze, qui servent de base à cet exposé. Il en résulte que ces faits se distinguent surtout des précédents par l'interprétation différente qu'en ont donné ces auteurs. Pour eux c'est la lésion épithéliale qui est tout, le tissu conjonctif n'est rien. Interprétation à part, les lésions décrites comme étant de nature adénomateuse sont exactement superposables à celles décrites comme relevant de la mastite chronique.

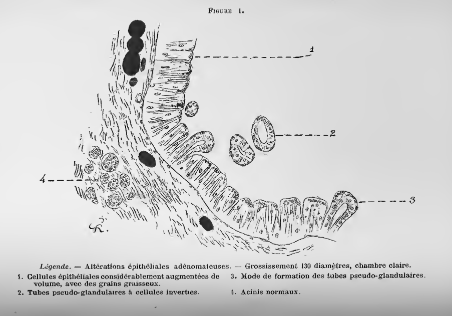
RECHERCHES PERSONNELLES

Elles ont porté sur une série de 19 pièces. Elles m'ont montré que le maximum des lésions rencontrées siégeait bien au niveau de l'épithélium glandulaire. Toujours les acinis sont atteints.

Le tissu conjonctif se présente sous l'aspect de tissu adulte, rarement modifié ; et quand il l'est, c'est au voisinage immédiat de l'épithélium altéré, comme si l'un était la conséquence de l'autre.

Les lésions épithéliales sont de beaucoup les plus intéressantes. Il y a prolifération active de l'épithélium acinien, d'où résulte un agrandissement de la cavité glandulaire, en même temps que cette activité épithéliale se manifeste aussi par un produit de sécrétion. La caractéristique de ces lésions épithéliales est la suivante : augmentation considérable de la taille de la cellule qui semble comme boursouflée sans que pour cela son noyau présente aucune modification. De plus, dans quelques-unes de ces cellules, j'ai pu déceler de la graisse au niveau de leur pôle libre et suivre leur évolution : tantôt on voyait ces cellules desquamer en totalité et tomber dans la cavité acinienne où on pouvait encore les déceler ; tantôt on assistait à la formation de véritables tubes pseudo-glandulaires comme dans l'adénome du rectum. *(Voir figures.)*

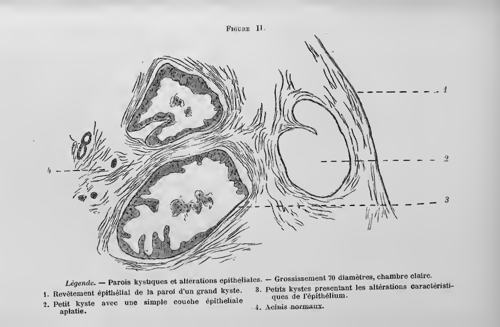
Figure 1.



Légende. — Altérations épithéliales adénomateuses. — Grossissement 130 diamètres, chambre claire.

1. Cellules épithéliales considérablement augmentées de volume, avec des grains graisseux.
2. Tubes pseudo-glandulaires à cellules inverties.
3. Mode de formation des tubes pseudo-glandulaires.
4. Acinis normaux.

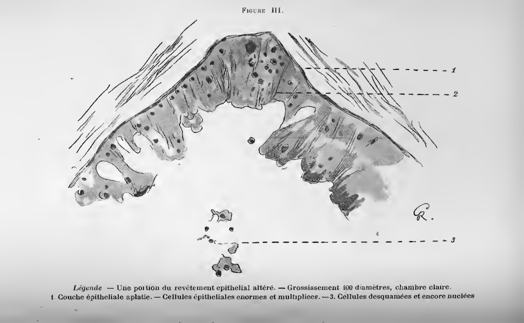
Figure II.



Légende. — Parois kystiques et altérations épithéliales. — Grossissement 70 diamètres, chambre claire.

1. Revêtement épithélial de la paroi d'un grand kyste.
2. Petit kyste avec une simple couche épithéliale aplatie.
3. Petits kystes présentant les altérations caractéristiques de l'épithélium.
4. Acinis normaux.

Figure III.



Légende — Une portion du revêtement épithélial altéré. — Grossissement 400 diamètres, chambre claire.
1. Couche épithéliale aplatie. — Cellules épithéliales énormes et multipliées. — 3. Cellules desquamées et encore nucléées

Figure IV.

Légende. — Formations kystiques avec altérations épithéliales dans un adénome. Grossissement 130 diamètres, chambre claire. — 1. Kyste dont les cellules sont presque entièrement desquamées. — 2. Vestiges de cloisons interacineuses. — 3. Épithélium très augmenté de volume et prolifére.

DEUXIEME PARTIE

Etude pathogénique. — Dans ce chapitre, j'envisage ces deux points : pourquoi et comment se forment les kystes ? Quelle est la nature des altérations glandulaires, point de départ de la formation kystique ?

Après avoir discuté la rétention et son rôle, je conclus que les kystes sont le résultat d'une activité épithéliale se manifestant de deux façons : par la multiplication et la sécrétion. Il y a accroissement de la cavité kystique par hyperplasie, phénomène analogue à la formation des organes creux, le poumon par exemple. La formation kystique amorcée, intervient la transsudation du sérum sanguin.

Quant à la nature des lésions glandulaires, je conclus à l'impossibilité de faire une distinction entre une coupe étiquetée mamite chronique et une coupe étiquetée adénome. Me basant sur les altérations épithéliales si spéciales que j'ai rencontrées. je fais rentrer la dégénérescence kystique de la mamelle dans le cadre des troubles trophiques.

TROISIÈME PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE

Symptômes. – Après des considérations générales concernant la fréquence et l'âge, et un court chapitre concernant les kystes qui se présentent isolément, j'envisage les kystes multiples pour montrer surtout que l'on peut trouver dans cette affection des connexions avec la peau et le mamelon. Quant aux écoulements, ils ont, à mon avis, une grosse importance ; ils peuvent être intermittents, mais surtout ils peuvent être sanglants ou même brunâtres indice de végétations intrakystiques.

Evolution des kystes du sein. — Cette évolution est silencieuse et stagnante, mais peut se faire par poussées successives Enfin, très fréquemment, on peut observer de la dégénérescence cancéreuse qui, en dehors des écoulements plus ou moins sanglants

et inconstants, ne se révèle par rien de net ; point important que nous retrouverons à la technique opératoire.

Diagnostic. — Quelquefois très facile, d'autrefois difficile, ce diagnostic demande surtout à nous renseigner exactement sur la nature de la lésion anatomique ; je ne suis pas partisan de la ponction et recommande comme premier temps du traitement l'incision exploratrice de préférence daus le sillon sous-mammaire.

QUATRIÈME PARTIE

ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE

C'est la pratique recommandée par mon maitre M. Quénu, à la Société de Chirurgie en 1900 que je recommande. Elle se résume ainsi : incision sous-mammaire inféro-externe curviligne ; renversement de la glande et son incision de la face profonde vers la face superficielle ; extirpation des gros kystes ; thermocautérisation des tranches de l'incision.

Les résultats immédiats et tardifs sont très bons : conservation du sein et de sa forme ; régression du processus.

Après les conclusions je termine ce travail en rapportant 78 observations du kyste du sein la plupart colligées dans les littératures étrangères : anglaise, américaine, allemande et italienne.

Les Kystes du sein. — *Gazette des Hôpitaux* — Avril 1904.

Cet article a pour but de mettre au point la question des kystes du sein dont je venais de faire l'étude dans ma thèse.

Partant de ce fait que les kystes du sein sont le résultat d'une perversion évolutrice de l'épithelium mammaire, perversion d'ordre trophique, je m'attache à démontrer le mode de formation de ces cavités kystiques et à prouver que le traitement préconisé répond bien à toutes les indications : il est en effet absolument nécessaire de s'assurer de l'état du parenchyme glandulaire, donc le premier temps du traitement est l'incision exploratrice qui seule permet cette constatation ; enfin, ayant affaire à un processus de dégénérescence kystique sous l'influence d'un vice de nutrition, il est indiqué de modifier ce processus : d'où la thermocautérisation.

Les indications étant bien remplies les résultats sont : conservation du sein, modification du processus de dégénérescence.

De l'état fonctionnel du membre supérieur après la résection totale de l'omoplate pour néoplasme. (Avec M. Quénu). *Revue de chirurgie.* — 1903. N° 4

Ce mémoire nous a été suggéré par une observation d'ostéosarcome de l'omoplate droite, dont l'intérêt ne résidait pas dans la résection du scapulum, avec conservation du membre supérieur, opération déjà pratiquée un grand nombre de fois avec succès, mais dans le résultat fonctionnel obtenu.

Après avoir rapporté l'observation du malade, nous fîmes une courte revue historique des travaux publiés sur la scapulectomie puis ayant colligé toutes les observations ayant trait seulement à la scapulectomie pour tumeurs malignes et n'ayant pu utiliser que celles où le résultat fonctionnel était exposé avec assez de détails, nous arrivons à conclure que les bons résultats sont fonction de la fixation de la tête humérale par un procédé quelconque et de la réfection des attaches musculaires.

Ces deux indications tirées de l'étude des faits se retrouvent dans la technique que nous recommandons

L'exérèse se fera suivant les préférences individuelles de chaque chirurgien ; avec avantage en libérant d'abord le bord spinal et en renversant l'omoplate. Bien plus importante que

l'exérèse est la réfection : elle comprend deux temps : la fixation de l'humérus, la suture des muscles. Il faudra conserver l'extrémité externe de la clavicule, fixer la capsule humerale à la clavicule : puis suturer les muscles en utilisant le trapèze et le deltoïde, l'angulaire el les rhomboïdes. On fixera enfin les muscles brachiaux longs à l'extrémité externe de la clavicule.

Plaie du cœur. Suture. Mort le lendemain. — *Tribune médicale,* 16 Janvier 1904.

Ayant eu l'occasion d'opérer un malade atteint d'une plaie pénétrante du ventricule gauche, j'en ai rapporté l'observation que j'ai fait suivre de quelques réflexions.

Toute plaie de la région précordiale accompagnée d'une hémorrhagie notable externe ou interne, doit faire penser à une plaie du cœur et commande l'intervention immédiate. Cette intervention devra être faite d'une façon rapide et rigoureusement aseptique. On taillera un lambeau ostéo-cutané à charnière externe ; on débridera la plaie en traversant la plèvre s'il y a urgence à aller très vite (presque toujours), et la perforation cardiaque, obturée avec le doigt, sera suturée. Il sera inutile de drainer et on devra s'abstenir de sérum intra-veineux ou d'injections massives sous la peau.

Fontenay-aux-Roses (Seine) — Imp Louis Bellenand 4-04